

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

25

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LE DUC

Né à Morlaix (Finistère), le 13 juin 1907
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DE L'ESTOMAC

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean LE DUC

Né à Morlaix (Finistère), le 13 juin 1907
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS BÉNIGNES
DE L'ESTOMAC

Président : M. PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

DOYEN... M. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEU-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel L'ABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire.....	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiatrie.
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BROCCQ Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique.
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 OLIVIER Anatomie.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 et comparée.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VAUDESCAL .. Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.

MM.

MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL ..	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- lés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Éducation physique.
WEIL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

*Je dédie cette thèse en témoignage
de profonde affection.*

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR BRODIN

Médecin de l'Hôpital des Ménages
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré cette thèse et de
qui nous tenons le meilleur de notre
éducation médicale.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR SOUPAULT

Chirurgien des Hôpitaux

*Dont la bonté et la bienveillante
attention ont été pour nous un pré-
cieux secours durant nos études.*

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR P. DUVAL

Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage.

M. LE PROFESSEUR P. CARNOT

M. LE PROFESSEUR P. DUVAL

M. LE PROFESSEUR A. GOSSET

Externat.

M. LE PROFESSEUR LARDENNOIS

M. LE DOCTEUR RIST

M. LE DOCTEUR BRODIN

M. LE DOCTEUR CHIRIÉ

M. LE DOCTEUR LE MÉE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR RAVINA

M. LE DOCTEUR DIGONNET

M. LE DOCTEUR MADIER

M. LE DOCTEUR HALLÉ

A MADAME LE DOCTEUR TÉDESCO

En témoignage de ma reconnaissance.



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS BÉNIGNES DE L'ESTOMAC

INTRODUCTION

Les tumeurs bénignes de l'estomac sont actuellement bien connues.

Grâce aux travaux de Lhermitte et Leroux, P. Masson, A. Gosset et I. Bertrand, l'histologie de certaines de ces tumeurs a pu être précisée, et leur classification histologique établie.

Durant notre séjour dans le service du D^r Brodin à l'hôpital des Ménages, nous avons eu l'occasion d'étudier un cas assez rare de tumeur bénigne.

Nous avons pensé qu'il pouvait être intéressant de préciser les principales caractéristiques de ces tumeurs.

Les tumeurs bénignes de l'estomac sont remarquables à plusieurs points de vue :

Si la clinique est pauvre, par contre la radiologie, grâce au perfectionnement de la technique : étude de relief, insuflation gastrique, clichés en série peut fournir un ensemble d'images qui permet d'affirmer non seulement la présence de la tumeur mais encore sa forme anatomique, son point d'implantation et surtout ses caractères de bénignité.

On peut donc tirer de la radiologie des renseignements de la plus haute importance. Renseignements qui permettent d'envisager un bon pronostic car un traitement chirurgical économique, peut, hormis les cas assez rares où la dégénérescence a déjà altéré la tumeur, entièrement guérir ces malades que l'on a parfois condamnés parce qu'on les croyait atteints de cancer.

HISTORIQUE

La première observation en date, dans la littérature, est celle de Virchow en 1865.

Les observations publiées sont rares jusqu'en 1895.

A partir de cette date elles se succèdent à intervalles plus rapprochés. Mais pendant longtemps encore les tumeurs bénignes restent peu connues.

En 1908, Bazy dans la thèse de Burgaud traite du sarcome primitif de l'estomac.

Il semble bien que des nombreuses observations présentées il y ait lieu de retrancher plusieurs cas ayant trait à des tumeurs bénignes, car jusqu'en 1922 beaucoup de tumeurs non-épithéliales de l'estomac sont étiquetées sarcome ou myo-sarcome, surtout semble-t-il par suite de l'absence de recherches histologiques précises.

Entre temps on apprenait à mieux connaître la structure histologique de certaines tumeurs des nerfs périphériques : les gliomes dont le type est la tumeur ponto-cérébelleuse développée au dépend de la huitième paire et qui présente une disposition pathognomonique : les nodules à cellules palissadiques.

En mai 1922, le professeur agrégé Roussy, étudiant une tumeur pédiculée gastrique prélevée par Paul Pic

quet de Sens, souligne les caractères histologiques communs au gliome et à cette tumeur.

A partir de cette observation princeps d'autres communications :

Massary et Walzer, février 1923, Gosset, juillet 1923, mettent en lumière des faits semblables et il semble définitivement acquis que nombre de tumeurs anciennement dénommées sarcomes doivent être classées dans la catégorie des schwannomes, tumeurs primitivement bénignes.

Depuis quelques années avec le développement des techniques radiologiques la bénignité de certaines tumeurs a été reconnue à l'écran. C'est à la recherche et à l'étude des signes de bénignité que se sont attachés les auteurs qui ont eu l'occasion d'observer ces tumeurs.

De nombreuses publications, tant en France qu'en Allemagne, permettent de préciser, et les méthodes à mettre en œuvre, et les signes différentiels importants avec le cancer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs bénignes de l'estomac se présentent sous deux variétés d'importance fort inégale : les *tumeurs liquides* et les *tumeurs solides*.

Les **tumeurs liquides** sont extrêmement rares. Il existe une seule observation de kyste hydatique des parois gastriques (Dujarier).

Le kyste dermoïde est également très rare. (2 cas ; Eustermann et Senty).

Il existe plusieurs cas d'angiomes de l'estomac. (3 observations d'Eustermann et Senty, Clinique Mayo).

Toutes les autres tumeurs liquidiennes — il en existe d'assez nombreux exemples — ne ressortissent pas à cette variété. Elles ne sont en réalité que le résultat d'une dégénérescence kystique d'une tumeur primitivement solide.

Les **tumeurs solides** sont les plus fréquentes. Ce sont elles surtout que nous aurons en vue.

Par rapport aux parois gastriques les tumeurs peuvent occuper anatomiquement 3 positions différentes suivant leur modalité de développement :

Interstitielles lorsqu'elles restent incluses dans la paroi gastrique ;

Exogastriques sous-péritonéales, pédiculées ;

Endogastriques, sessiles ou pédiculées.

Elles comprennent surtout les adénomes, les fibromes, les lipomes, les myomes et les schwannomes.

LES ADÉNOMES. — Ils se présentent sous deux formes :

L'adénome *isolé*, unique, pédiculé ou sessilé ;

L'adénome *diffus*, véritable dégénérescence adénomateuse d'une portion de la muqueuse gastrique où les polypes sont tassés les uns contre les autres, donnant à la muqueuse un aspect mamelonné sur une étendue plus ou moins grande.

Ils siègent le plus souvent dans l'antra pylorique.

Histologiquement les adénomes sont constitués par l'hypertrophie des glandes de la muqueuse gastrique et du tissu conjonctif.

La muqueuse gastrique est atrophiée, parfois complètement disparue.

Les glandes sont considérablement augmentées de volume, leur lumière est obturée.

L'épithélium est atrophié, parfois disparu, le tissu conjonctif est lâche.

L'adénome est abondamment vascularisé.

Il existe deux variétés :

l'adénome gastrique ordinaire, et
l'adénome à type Brünnerien.

LES FIBROMES PURS. — Ils sont extrêmement rares.

Hartmann et Tarjan en 1926 relèvent seulement 11 cas de fibromes purs. Ils sont de volume réduit, exclusivement formés de tissu conjonctif et de matière collagène au milieu desquels on observe des cellules conjonctives en nombre variable.

LES LIPOMES. — Ils sont rares et constituent le plus souvent des trouvailles d'autopsie. Ils siègent sous la muqueuse.

LES MYOMES. — Plus *fréquents*, sont rarements purs.

Le plus souvent les fibres musculaires lisses de l'estomac sont associées à des fibres d'origine variable.

Associées à des fibres conjonctives donnant des
fibro-myomes ;

Associées à des cellules embryonnaires à destination conjonctive : les myo-sarcomes ;

Associées à des altérations des vaisseaux lymphatiques : myome lymphangiectasique.

Enfin dans nombre de cas les difficultés d'examen histologique et l'aspect atypique de la coupe fait porter aux auteurs des diagnostics variables :

angio-sarcome,

hémangio-endothélio-blastome.

Il est d'autres variétés de tumeurs dans la genèse

desquelles les éléments propres à la paroi gastrique sont étrangers :

Telles sont les tumeurs dues au développement d'inclusion embryonnaire d'origine :

- pancréatique ;
- splénique ;
- surrénalienne.

SCHWANNOMES. — Macroscopiquement ce sont des tumeurs pédiculées endo ou plus souvent exogastriques. Elles peuvent acquérir un volume considérable.

On distingue plusieurs variétés suivant leur volume ou leur aspect :

La forme massive, le plus souvent, exogastrique de coloration blanc jaunâtre, de consistance ferme.

Les kystes pédiculés, s'insérant sur la grande courbure descendent dans la cavité abdominale et peuvent atteindre le bassin.

Le contenu liquide est jaunâtre.

Dans la forme myxoïde il n'existe pas de liquide. Les lobules intra-kystiques sont infiltrés d'œdème et dégénérés.

Les tumeurs pédiculées endogastriques, rougeâtres, du volume d'une orange présentent un large pédicule d'insertion.

Les tumeurs interstitielles, développées dans la sous-muqueuse.

La tumeur soulève la muqueuse, souvent ulcérée en un point, ce qui donne à l'ensemble l'aspect général d'un vieil ulcère calleux.

Microscopiquement plusieurs caractères ont permis d'identifier le schwannome, c'est :

- 1° les aspects de cylindromes résultant de l'isolement de tourbillons pseudo-conjonctifs constitués par des cellules fusiformes isolées entre elles ;
- 2° les nodules à cellules palissadiques constituent un élément pathognomonique ;
- 3° une fine dégénération micropolykystique est de règle.

Ces caractères individualisent le schwannome massif.

Très tôt la fonte colloïdo-kystique s'accroît et transforme l'aspect de la tumeur.

Les cellules deviennent vésiculeuses. Il peut ne persister aucune trace des cellules schwannomateuses la tumeur prend l'aspect d'un myxome.

Cette dégénérescence aboutit à deux formations :

- 1° au schwannome microkystique ;
- 2° à des kystes remplis de liquide séreux et évoluant désormais comme des tumeurs malignes.

Enfin, parfois, la tumeur semble avoir une double origine nerveuse et conjonctive donnant lieu au complexe fibro-schwannomateux.

Il reste, enfin, toute une série de tumeurs encore mal classées : qualifiées sarcome, myome, fibrome. Nombre de ces « tumeurs aberrantes » seraient des schwannomes ; mais il est également difficile d'établir qu'elles ne sont pas d'origine conjonctive.

ÉTIOLOGIE

AGE. — Le développement des tumeurs bénignes est en relation nette avec l'âge.

Inconnues chez l'enfant les tumeurs bénignes présentent un maximum de fréquence vers 50 ans.

On a signalé un cas de tumeur bénigne chez un adolescent de 17 ans.

Sur une statistique englobant 83 cas voici comment ils se classent suivant l'âge :

de 20 à 30 ans.....	7 cas
de 30 à 40 ans.....	12 —
de 40 à 50 ans.....	14 —
de 50 à 60 ans.....	21 —
de 60 à 70 ans.....	13 —
au dessus de 70 ans.....	3 —

SEXE. — Les tumeurs bénignes se rencontrent plus fréquemment chez les femmes ;

Sur 76 malades, notre statistique comporte un total de 46 femmes pour 30 hommes.

FRÉQUENCE. — Les tumeurs bénignes de l'estomac sont rares .

Par rapport au cancer elles n'existeraient que dans la proportion de 1 pour 20 (Lockwood).

VARIÉTÉS. — La tumeur de beaucoup la plus fréquente est l'adénome gastrique (et on peut rapprocher l'adénomatose gastrique de l'adénomatose du grêle et surtout du gros intestin si bien étudiée par Quénu).

Ensuite viennent les myomes, fibromes.

Les schwannomes sont encore plus rares.

CLINIQUE

Tous les auteurs relèvent l'indigence de la symptomatologie. Il n'existe aucun signe probant capable d'individualiser, cliniquement, les tumeurs bénignes.

La division anatomique, en tumeurs exo-gastrique, endo-gastrique ou interstitielle se retrouve en clinique et nous permet déjà de scinder la description des tumeurs bénignes en deux chapitres :

1° Les tumeurs à développement exo-gastrique où le diagnostic se pose à propos d'une tumeur abdominale ;

2° Les tumeurs à développement endo-gastrique ou interstitiel accompagnées de troubles fonctionnels gastriques avec ou sans tumeur perceptible.

I. — TUMEURS BÉNIGNES A DÉVELOPPEMENT ABDOMINAL.

La muqueuse est intacte et de ce fait la symptomatologie fonctionnelle est nulle ou réduite au minimum.

Parfois, trop petite, la tumeur passe inaperçue ; elle constituera une trouvaille d'autopsie (Souques-Lecène).

Lorsque la tumeur deviendra assez importante pour être perceptible à la palpation, on précisera :

Son siège, en le rapportant à la topographie abdominale :

- 1° La tumeur est située à l'épigastre, il s'agit alors probablement d'une tumeur de la petite courbure ;
- 2° La tumeur est située dans l'hypocondre droit ; c'est une tumeur d'origine juxta-pylorique ;
- 3° Envahissant l'abdomen, descendant dans le bassin : c'est une tumeur probablement née sur la face antérieure ou sur la grande courbure de l'estomac.

On précisera encore ses caractères ; la tumeur peut être dure, bosselée, ses lobes ou uniformément fermes, ou de consistance variable. Caractère capital, elle est toujours nettement limitée, indépendante des organes voisins, mobile transversalement, parfois « mobile d'un hypocondre à l'autre ». La mobilité verticale est nulle ou très limitée, son bord inférieur est concave en haut.

Dans d'autres cas cette masse abdominale est molle, pseudo-fluctuante et présente une matité en damier.

Enfin, quelquefois, la tumeur irrégulière, molle, impossible à délimiter, emplit tout l'abdomen qu'elle distend régulièrement : la tumeur est en pleine dégénérescence myxoïde

En résumé les tumeurs bénignes à développement exo gastrique posent le problème général des tumeurs de l'abdomen et nous verrons la multiplicité des diagnostics évoqués.

II. — TUMEURS SE RÉVÉLANT PAR UNE SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE.

Les troubles fonctionnels sont assez précoces, le diagnostic sera plus facile. D'emblée l'attention sera attirée sur l'estomac.

Les douleurs constituent un signe assez constant.

Douleurs post-prandiales, légères et calmée par le décubitus, dues à la gêne locale provoquée par la tumeur.

Parfois elles sont fortes, à caractère tardif.

Fait négatif qui a sa valeur au point de vue diagnostique différentiel, dans aucun cas n'a été notée la périodicité dans l'année et dans la journée si frappante dans l'ulcus.

Les douleurs siègent le plus souvent au creux épigastrique. Elles ne sont calmées ni par l'absorption d'aliments, ni par les médications banales.

Les vomissements sont rares, ils surviennent au moment des crises douloureuses.

Les troubles digestifs s'étendent parfois à la fonction intestinale et des crises diarrhéiques sont notées par divers auteurs.

En résumé, les signes fonctionnels sont banaux et souvent dissociés.

L'état général est rarement atteint. Cette atteinte ne surviendrait en tous cas qu'après de longues années d'évolution, parfois sans raison apparente (Gutman), parfois sous l'influence d'une complication : hémorragies, dégénérescence.

La bonne conservation de l'état général doit d'ailleurs être comptée comme un des meilleurs signes de bénignité.

Les signes physiques se résument souvent en un simple endolorissement épigastrique. Pas de points douloureux bien précis. Tout peut se borner là, la tumeur est imperceptible, l'examen radiologique systématique permettrait seul de préciser l'affection.

Dans d'autres cas la tumeur est palpable. Le plus souvent de volume modéré car les signes fonctionnels ont attiré précocement l'attention.

Devant l'association de troubles fonctionnels à l'existence d'une tumeur, on penchera évidemment vers le diagnostic de fréquence : le cancer.

Ici encore la radio joue un rôle capital en précisant les caractères de bénignité.

Examens de laboratoire.

Le chimisme gastrique paraît normal dans la plupart des cas publiés.

Parfois le tubage à jeun a dénoté la présence d'une petite quantité de liquide de stase.

Dans un cas de tumeur par développement d'un pancréas accessoire, Gutman a noté :

Acide chlorhydrique libre.....	1,05
Acide comb.....	1,14
Acidité totale.....	2,10
Acide lactique.....	absent
Meyer.....	positif

Evolution.

Tous les auteurs soulignent la longueur de l'évolution.

Les premiers troubles notés par le malade remontent fréquemment à plusieurs années, et, sauf complication, l'évolution se poursuivra longtemps.

Ces complications sont de divers ordres :

Les accidents mécaniques de compression sont dus au développement considérable qu'acquière parfois *certaines tumeurs à développement exogastrique*.

Le refoulement de l'estomac, ou son étirement est à l'origine de certains troubles dyspeptiques simples qu'accusent les malades : pesanteurs post-prandiales, lenteurs des digestions, nausées ou vomissements.

Le déplacement des anses intestinales, leur irritation par la présence de cette masse abdominale provoque des crises diarrhéiques.

La descente de la tumeur dans le petit bassin et les syndromes divers de compression qu'elle fait naître explique les erreurs de diagnostic commises.

Une tumeur exogastrique arrive ainsi à simuler cliniquement un kyste de l'ovaire (11 fois).

Nous signalons seulement à titre de curiosité l'obstruction pylorique que provoque une tumeur née dans l'antré, prolabée dans le duodénum et formant le clapet. « Ces tumeurs sont plus sujettes que les autres à l'ulcération, à la dégénérescence, à l'hémorragie ». (Penderglass, J. A. Ass., 1^{er} février 1930).

Dans certains cas sans qu'il existe, apparemment, de raison bien déterminée, la tumeur cesse d'être supportée.

Les douleurs apparaissent, il survient des vomissements, le malade maigrit.

Ces cas semblent se rapporter surtout aux tumeurs par développement de pancréas accessoire. Les troubles seraient peut-être dus à la reviviscence du tissu glandulaire. Mais il faut remarquer que les tumeurs les plus fibreuses sont sujettes aux mêmes phénomènes.

Peut-être faut-il admettre alors un processus inflammatoire péri-tumoral. Certaines constatations histologiques où les capillaires du chorion sous-muqueux sont extrêmement dilatés sont en faveur de cette hypothèse.

Hémorragies.

Les hémorragies se faisant jour par voie haute ou par voie basse sont fréquentes.

Anatomiquement elles sont dues : soit au pouvoir térébrant de certaines ulcérations simples par usure de la muqueuse, souvent constatées sur la tumeur.

Soit à la rupture de kystes sanguins développés à l'intérieur de la tumeur.

En cas de tumeur **endo-gastrique** ou interstitielle, l'hémorragie se fait dans la cavité de l'estomac.

En cas de tumeur **exogastrique** l'hémorragie, exceptionnelle, peut s'épancher dans la grande cavité, donnant lieu à un symptôme abdominal aigu rappelant :

L'appendicite avec péritonite ou la pancréatite aiguë hémorragique (Lecène, *Paris médical*, 1925, p. 313).

Cliniquement, à part ce cas exceptionnel, c'est par hématomèse ou melæna que se fait jour l'hémorragie.

L'hémorragie peut affecter toutes les formes :

Les hémorragies massives, laissant après elles le malade pâle, anémique, fatigué durent des semaines.

Il existe dans ces cas toujours un melæna concomitant.

Le sang rejeté est rouge comme dans l'ulcus.

Ces hémorragies sont isolées. Elles peuvent se répéter à de très longs intervalles (plusieurs années).

Elles peuvent constituer à elles seules toute la symptomatologie.

Parfois seul le melæna existe. Le malade présente une syncope suivie d'anémie et d'asthénie et l'hémorragie se fait jour sous forme de selles noirâtres.

Les hémorragies occultes, minimales, sont moins fréquentes.

On les retrouvera par l'examen clinique des selles ou du liquide de vomissement.

Elles peuvent arriver à constituer un syndrome complet d'anémie pernicieuse (W. Haring, 2 cas ; *Fortsch.*, mai 1932).

Dégénérescence.

Tous les auteurs admettent cette éventualité.

Seule la fréquence est sujette à discussion.

Il semble toutefois que certaines variétés histolo-

giques soient réfractaires à la dégénérescence : lipomes, fibromes. Tandis que d'autres la présentent souvent, adénome surtout, pancréas accessoire parfois.

Le schwannome est remarquable par l'évolution continue de sa structure histologique, — nous l'avons vu à l'anatomie pathologique — arrivé au stade kystique il se conduit comme une tumeur maligne, il métastase et récidive à distance après ablation (Souligoux, Soc. de chir., 4 juillet 1923).

DIAGNOSTIC POSITIF

La banalité des troubles fonctionnels ne permet pas le diagnostic.

La présence d'une tumeur évoluant lentement avec bonne conservation de l'état général durant des années est déjà plus précise.

Mais l'attention en règle n'est attirée que lors d'une complication : hémorragie par exemple, ou par un examen radiologique systématique découvrant l'image lacunaire avec ses caractères bien spéciaux de bénignité.

L'étude du chimisme gastrique n'apporte aucun renseignement. Par hasard la sonde a pu ramener des débris de tumeur et cette sorte de biopsie a pu permettre d'établir l'existence de la tumeur et sa bénignité.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

I. — Lorsque le néoplasme se présente sous forme d'une tumeur abdominale isolée nombreux sont les diagnostics évoqués.

Si la tumeur siège dans la région sous-ombilicale ou para-ombilicale elle est souvent prise pour un kyste de l'ovaire, parfois pour une tumeur rénale, un kyste du mésentère, un kyste du pancréas.

Si la tumeur se place dans l'hypocondre droit, on songe à un kyste hydatique du foie, à une grosse vésicule.

Dans l'hypocondre gauche elle peut simuler une grosse rate.

Dans la région sus-ombilicale médiane la localisation déjà plus précise a pu cependant tromper et les diagnostics de tumeur de l'arrière cavité ou du petit épiploon ont été faits. Il faut en effet songer que la tumeur, à cause de la finesse relative de son pédicule, peut sembler indépendante de l'estomac.

II. — Devant l'association d'une tumeur à des troubles gastriques, le diagnostic le plus souvent posé est évidemment celui du cancer.

Cliniquement certains signes doivent déjà retenir l'attention.

La tumeur est plus volumineuse, plus mobile, évoluant moins vite.

L'anorexie n'existe pas.

L'état général reste excellent.

Les hémorragies sont abondantes, rouges, séparées par de longs intervalles de bonne santé absolue.

Le chimisme gastrique est normal.

Enfin et surtout la radio peut à elle seule faire le diagnostic de tumeur non épithéliale.

Après le cancer, assez facilement éliminé, le diagnostic le plus fréquemment invoqué est le sarcome.

Non pas dans sa forme diffuse mais dans sa variété circonscrite tumorale.

En faveur de ce diagnostic plaident :

La rapidité de l'évolution.

La présence de métastases hépatiques.

L'atteinte de l'état général.

Mais la différenciation est difficile, même histologiquement, du fait de la présence constante du tissu conjonctif dans les tumeurs bénignes, du fait surtout de leur dégénérescence possible.

La difficulté de ce diagnostic différentiel est un des meilleurs arguments en faveur d'une intervention précoce.

En présence de troubles gastriques isolés :

III. — Les douleurs variables, sans caractères pré-

cis : la dyspepsie vague, banale, ont le seul mérite d'attirer l'attention sur l'estomac car ils ne prennent jamais l'allure d'un syndrome ulcéreux.

Le plus souvent c'est à propos d'une hémorragie que l'on sera amené à discuter non pas le cancer qui donne exceptionnellement ces hémorragies de sang rouge, mais l'ulcus ou la syphilis gastrique qui peut même radiologiquement arriver à simuler une tumeur bénigne.

RADIOLOGIE

La valeur de la radiologie est incomparable pour le diagnostic des tumeurs bénignes de l'estomac.

Le pourcentage des cas diagnostiqués augmenterait si un examen radiologique précis, minutieux, était plus souvent exécuté.

L'aspect radiologique est en effet souvent caractéristique.

Il est nécessaire d'employer parallèlement à la méthode du repas baryté simple d'autres méthodes plus précises :

I. — L'ÉTUDE DU RELIEF DE LA MUQUEUSE.

On fait absorber au malade une petite quantité de baryte. La substance opaque tapisse la muqueuse gastrique en couches très minces. La baryte s'accumule dans les vallonnements des plis de la muqueuse.

II. — L'INSUFFLATION GASTRIQUE.

On fait avaler au malade le tube de Faucher ou une sonde d'Einhorn ordinaire.

La sonde mise en place le malade est amené derrière l'écran et sous contrôle radioscopique on pra-

tique l'insufflation grâce à une seringue de Potain soit plus volontiers grâce à la seringue de Jubé. On peut ainsi doser suivant chaque individu la quantité d'air nécessaire au déplissement des parois gastriques et à l'obtention de bons clichés.

L'avantage de cette méthode réside dans la précision avec laquelle on peut déterminer :

Le siège exact de la tumeur,
Son pédicule d'implantation,
Son volume exact.

Elle peut enfin découvrir une tumeur qui trop petite était enrobée entièrement dans la substance opaque.

Soulignons encore la valeur de certaines manœuvres simples :

La manœuvre du « ventre creux » de Chilaïditi capable de faire apparaître une tumeur normalement invisible ;

La compression manuelle simple et la méthode des compressions progressives ;

Méthode des pieds au plafond.

Devant le polymorphisme anatomique des tumeurs bénignes il est facile de prévoir la variété des images radiologiques.

Nous allons néanmoins les sérier en 3 groupes de valeur diagnostique inégale :

I. — Les images lacunaires uniques, médiogastriques.

II. — Les images à forme lacunaire, situées sur un bord gastrique.

III. — Les images multilacunaires.

Premier groupe

L'image lacunaire unique médiogastrique est typique.

Il s'agit d'une tache arrondie, à contours réguliers, située en plein milieu de l'image opaque gastrique.

Cette image est soit immobile et ceci peut tenir à son volume relatif, soit mobile aux différents mouvement du malade ou par l'effet de certaines manœuvres.

Il est au moins aussi important de rechercher l'état de la muqueuse sous-jacente.

Les plis sont conservés même au pied de la tumeur.

La constatation d'un parallélisme normal de ces plis est en faveur du diagnostic de T. B.

De plus la palpation de l'estomac dans la région péri-tumorale met en évidence une souplesse parfaite des parois.

Enfin les contractions gastriques ne sont nullement modifiées même au voisinage immédiat de la tumeur.

Ici donc tous les éléments sont réunis pour éliminer le cancer. Cependant l'association de ces signes n'est pas pathognomonique. Nous verrons que la syphilis peut se présenter sous cet aspect.

Deuxième groupe.

Les tumeurs bénignes se présentent sous forme d'une lacune tangente ou mordant sur le bord gastrique.

C'est là l'aspect habituel d'une lacune cancéreuse.

Mais les bords en sont toujours nets, réguliers, sans prolongements vers les autres régions gastriques.

Dans certains cas la baryte dessine les plis de la muqueuse en réseau de lignes fines qui s'entrecroisent, donnant, en cas de tumeur multilobulée, un aspect alvéolaire, encéphaloïde.

Troisième groupe.

Les tumeurs bénignes se présentent sous forme d'images multiples, distinctes (polypose gastrique).

Ces images sont constituées par la juxtaposition de lacunes de petites dimensions, à contours arrondis, assez flous, occupant toute une région gastrique. La région de l'antra est le plus souvent atteinte. Cette variété d'image simule de plus près le cancer. Elle réalise en effet la lacune à contours irréguliers, à limite peu nette. C'est ici que l'insufflation trouve sa meilleure indication :

« Elle peut mettre en évidence la masse polypeuse en isolant et en mettant en relief chaque excroissance qui se révèle plus ou moins grande, plus ou moins pédiculée » (Zujovic).

Certaines tumeurs à développement exogastrique atteignent parfois un développement considérable. Les

images radiologiques obtenues dans ces cas sont fort variables. On obtient des aspects de compression plus ou moins étendue de l'estomac rappelant les compression extrinsèques. (Au niveau du pédicule d'implantation on note seulement une dépression ou un exhaussement de la paroi gastrique).

Diagnostic topographique.

Il est important de noter avec soin le point d'implantation du pédicule de la tumeur, pour éviter des surprises au cours de l'intervention. Il arrive en effet que la palpation directe de l'estomac ne puisse localiser la tumeur :

« Le chirurgien ne put percevoir par la palpation le polype gastrique. Seule la gastrostomie au point précisé par les rayons X permit de découvrir le polype ». (Albrecht, 15 mai 1929, *Röntgen*).

Il semble que la méthode d'insufflation gastrique soit pour ce diagnostic d'un utile secours.

Diagnostic différentiel radiologique.

A propos d'une image lacunaire médiogastrique la discussion est assez courte.

Seule une gomme syphilitique peut la simuler (Lemierre, 1921, *Gaz. Hôp.*) ; (Salzmann, *Forstch.*, t. 36, p. 1006).

Le diagnostic a été fait sur la coexistence de signes

indiscutables de syphilis et sur la prompte efficacité du traitement.

En cas de lacune mordant sur le bord gastrique ou en cas d'image alvéolaire, de nombreuses erreurs peuvent être commises :

Erreur provoquée par l'aspect lacunaire que prend l'estomac par sa compression sur la colonne vertébrale.

Erreur due à une compression extrinsèque de l'estomac (côlon, lobe hépatique gauche hypertrophié, rate).

Divers auteurs ont signalé des images curieuses, dues à l'absorption de certains aliments, simulant bien un aspect de dégénérescence polypeuse de la région antrale.

Fraikin (1925) signale des images pseudo-lacunaires de l'estomac dues à des varices gastriques.

Enfin des adhérences ou la gastrite hypertrophiante ont pu donner lieu à des erreurs de diagnostic.

En réalité le problème est autre. On constate une zone lacunaire, on songe au cancer. Est-il possible de faire radiologiquement le diagnostic de bénignité ? La majorité des auteurs répond affirmativement.

Sur quels signes s'appuyer pour ce diagnostic ?

1° Sur la régularité des contours de la tumeur ;

2° Sur la mobilité de la tumeur à la palpation. La mobilité peut également être mise en évidence par la prise de clichés en diverses positions : debout, couché, pieds au plafond ;

3° La motricité gastrique n'est pas perturbée par la présence de la tumeur. Même au cas de dégénérescence d'une région gastrique, il n'existe pas de « nœud » de contraction ;

4° La souplesse des parois est conservée même au pied de la tumeur ;

5° L'étude des plis de la muqueuse montre :

a) La conservation du parallélisme des plis ;

b) La transformation sur des clichés successifs de la disposition des plis de la muqueuse.

On sait en effet que la muqueuse, passivement, modifie sa forme sous l'influence des contractions de la muscularis mucosæ (Forsell).

Grâce à cette propriété Larsen a pu établir la bénignité d'une tumeur se basant sur le fait :

a) De l'existence des plis au niveau de la tumeur.

b) Que sur des clichés successifs ces plis avaient changé de direction tout en restant parallèles entre eux.

6° En cas d'image lacunaire d'un bord — s'il s'agit d'un cancer — on observe une interruption absolue du bord gastrique. En cas de T. B. il persiste un mince filet opaque dessinant ce bord.

Au niveau de ce filet sous-tumoral on remarque la persistance des ondes péristaltiques.

7° Si l'image suspecte est proche du pylore.

En cas de T. B. le pylore conservera sa fonction (hormis le cas où la tumeur pédiculée se prolabe dans

le duodénum formant clapet et bouchant l'orifice).
Vuillet 1926, Rigler, 1930.

8° L'indolence à la pression est en faveur d'une tumeur bénigne.

Chacun de ces signes pris isolément est incapable d'affirmer la bénignité de la tumeur.

Mais l'association de quelques-uns des caractères précédents suffit à donner de bonnes présomptions en faveur d'une tumeur non cancéreuse.

Examen radiologique post-opératoire.

Il est intéressant de revoir ses malades quelque temps après l'intervention.

Dans les cas où cet examen a été pratiqué on a pu constater :

1° La disparition complète de toute image lacunaire ;

2° Une évacuation et un fonctionnement gastrique parfaits ;

3° A l'endroit où existait la tumeur l'estomac ne reprend pas son aspect normal :

On constate :

Soit un léger rétrécissement.

Soit une altération dans la direction des plis de la muqueuse, images en rapport avec la cicatrice de gastrectomie.

TRAITEMENT

Les tumeurs bénignes gastriques sont justiciables d'une exérèse économique qui peut prétendre à leur guérison définitive.

Assez fréquemment, bien que le diagnostic ferme de tumeur gastrique ait été posé, les malades refusent l'intervention, parce qu'ils ne souffrent pas, parce que l'état général reste excellent.

On est ainsi obligé de se borner à l'expectative. Cette mise en observation ne fait d'ailleurs que confirmer le diagnostic de bénignité.

C'est à l'occasion d'une hémorragie importante que le malade se décide à subir l'opération.

La tumeur est exo-gastrique. — Après laparotomie la tumeur apparaît, déplaçant les organes voisins sans y adhérer.

Les ganglions gastriques sont normaux, pas de métastase hépatique.

Gosset conseille avant de pratiquer l'exérèse d'ouvrir l'estomac suivant une demi circonférence encerclant la base d'implantation.

L'examen de la muqueuse gastrique, saine ou simplement perforée par des ulcérations simples confirme le diagnostic de bénignité.

Si la tumeur siège sur la grande courbure une simple résection de la base d'implantation suffit pour extirper la tumeur en son entier.

Si la tumeur siège sur la petite courbure son ablation nécessite, comme pour l'ulcus, une gastro-entérostomie complémentaire. •

Certains auteurs ont pu dans certains cas favorables pratiquer une résection sous-muqueuse, sans ouvrir la cavité gastrique.

En cas de *tumeur endogastrique* ou *interstitielle*, la résection plus ou moins étendue est indiquée avec ou sans gastro-entérostomie suivant l'étendue de la résection.

Résultats.

La mortalité immédiate due au choc opératoire : complications pulmonaires ou hémorragie, accidents inséparables d'une laparotomie et d'une gastrectomie, est moins élevé que dans les opérations similaires pour le cancer. Cela tient sans doute à la bonne conservation de l'état général.

Les résultats éloignés sont excellents comme on pouvait s'y attendre :

Disparition totale des troubles.

Fonctionnement gastrique parfait.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Brodin, Lardennois et M^{me} Tedesco, juillet 1933.)

M^{me} D..., âgée de 50 ans, dactylographe, vient se faire examiner à la consultation des Ménages, en janvier 1932, à la suite de deux importantes hémorragies digestives. Neuf ans auparavant, en 1923, elle est prise, brusquement en se levant le matin, d'étourdissements et d'un impérieux besoin d'aller à la selle. Elle rend des matières abondantes et noires et a un vomissement comparable. Cette hémorragie ne se reproduit pas, la malade reste seulement fatiguée pendant plusieurs mois. Sept ans après, en juillet 1930, elle a, de nouveau, brusquement à midi, une syncope suivie d'un vomissement de sang rouge, et a des selles noires pendant trois jours. A la suite de ce nouvel incident elle se fait radiographier à Saint-Louis. Le diagnostic porté est, dit-elle, celui d'une tumeur de l'estomac et une opération lui est conseillée. En raison de l'absence de tout autre trouble, la malade ne se fait pas opérer et vient seulement « aux ménages » par prudence demander un conseil. L'examen clinique ne révèle l'existence d'aucune tumeur ni d'aucun point douloureux abdominal ; il n'existe aucun trouble digestif ; l'état général est bon, la tension nor-



CLICHÉ I



CLICHÉ II

male, les réflexes conservés, les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. A la radioscopie, l'estomac apparaît normal, sans aucune déformation dans les diverses positions en station verticale ; il se contracte et s'évacue dans les délais habituels. Cependant dans la manœuvre du ventre creux (cliché I), l'aspect change complètement et une image lacunaire apparaît à la partie moyenne du corps de l'estomac. Cette image lacunaire se retrouve avec une grande netteté dans le décubitus ventral et le décubitus dorsal. Elle est nettement indépendante de l'estomac.

L'aspect arrondi de cette image lacunaire, la conservation de la contractibilité et de la mobilité des régions voisines de l'estomac ainsi que l'intégrité des plis joints à l'histoire clinique, font porter le diagnostic de tumeur bénigne de l'estomac. Grâce à l'obligeance de MM. Duval, Béclère et Porcher, une insufflation est pratiquée à l'hôpital de Vaugirard sur table basculante ; elle confirme entièrement le diagnostic et permet de localiser la tumeur sur la paroi antérieure de l'estomac (cliché II).

L'opération pratiquée en février 1933 par l'un de nous, permet d'enlever facilement la tumeur par simple incision de la paroi antérieure. La cicatrisation se fait rapidement sans aucune complication et la malade conserve depuis cette date un excellent état général.

A l'examen radioscopique, pratiqué huit mois après, en octobre 1932, l'estomac se montre légèrement contourné en S avec léger rétrécissement à sa partie moyenne. La manœuvre du ventre creux accentue cet aspect mais ne fait apparaître aucune image lacunaire. L'évacuation se fait normalement.

La tumeur, enlevée, est arrondie, de la dimension d'une

petite pomme pédiculée, mais avec implantation large sur une muqueuse gastrique saine. Au centre de la tumeur existent deux petites saillies plus vascularisées qui paraissent avoir été le point de départ des deux grandes hémorragies observées.

L'examen histologique a été fait avec le plus grand soin par M. Norman, au laboratoire Letulle, à Boucicaut.

Les différentes coupes pratiquées sur la tumeur la montrent constituée par des cellules conjonctives présentant des zones d'aspect variable :

Dans les régions actives, ces cellules sont très rapprochées les unes des autres, elles apparaissent tantôt allongées et fusiformes, tantôt ovoïdes et arrondies, parfois même munies de plusieurs prolongements qui leur donnent un aspect rameux. Le noyau de ces cellules est fortement chromatophile, il ne présente pas de mitoses, dans quelques éléments il bourgeonne et tend à se multiplier. La matière collagène intercalaire est peu abondante.

En dehors de ces zones, on trouve de très nombreuses régions d'un tout autre aspect qui prennent parfois une apparence lobulée. Ces régions sont très pauvres en noyaux, la matière collagène s'y montre abondante, onduleuse, densifiée, et arrive même à former des champs anhystes. Les éléments contenus dans cette matière sont en général très déformés. Cette déformation paraît due à la souffrance, caractérisée par des débuts de fonte autolytique des tissus ou par des mortifications nécrobiotiques et des dépôts de sels calcaires notables.

Ce fibrome occupe la région sous-muqueuse de l'estomac, il s'insinue à travers les faisceaux musculaires, les

dissocie et semble bien les détruire totalement, mais la muqueuse n'est pas touchée.

OBSERVATION II

(A. Cade et J. Barbier, *Lyon Médical*, 1923,
Tome II, p. 976.)

C..., 80 ans, malade qui vient de mourir à la salle Sainte-Marie, après quelque heures de séjour. Soignée chez elle, comme cardio-rénale, arrive à l'hôpital en état de grave défaillance cardiaque ; on note un gros foie bosselé ; rien n'attire l'attention sur l'estomac.

Vérification. — On constate tout d'abord au niveau du foie un gros noyau ayant tous les caractères d'un noyau cancéreux. On cherche la tumeur initiale et l'on finit par trouver, au niveau d'une muqueuse gastrique prépylorique, un peu tomenteuse, un petit polype pédiculé que l'on prélève. Il existait quelques petits ganglions, également prélevés.

Rien autre chose à signaler qu'une cicatrice d'infarctus du myocarde.

Examen histologique. — Le *polype gastrique* offre l'aspect typique de l'adénome glandulaire bénin sans déformations épithéliales sous-muqueuses.

Les *ganglions* de la petite courbure sont largement infiltrés de formations épithéliales analogues.

Le *foie* est envahi par des amas de cellules épithéliales en îlots plus ou moins larges, quelques îlots prenant un aspect glandulaire rudimentaire à centre hyalin.

Donc, l'examen de la tumeur gastrique eût fait croire à une tumeur bénigne sans l'envahissement des ganglions

de la petite courbure et du foie par des éléments cellulaires analogues.

OBSERVATION III

X..., 75 ans, malade du Perron, décédée assez rapidement de la grippe, sans aucun trouble gastrique connu. Hypertension, albuminurie, gros cœur.

L'autopsie montre, comme une trouvaille inattendue, l'existence d'un volumineux choux-fleur polypeux non ulcéré, implanté sur la muqueuse gastrique, au voisinage du pylore, par un assez large pédicule mobile ; on en prélève deux fragments, l'un au centre, l'autre à la périphérie. Il n'existe au voisinage qu'un petit ganglion que l'on prélève également.

Examen histologique. — Les deux fragments de la masse gastrique ont tous deux le même aspect d'adénome bénin, sans cellules anormales, sans effraction des éléments glandulaires au delà de la muscularis mucosae. Ni cytologiquement ni topographiquement on ne pourrait suspecter un cancer. Or le *petit ganglion* présente à l'examen histologique une infiltration presque totale par des éléments épithéliaux reproduisant l'aspect typique de glandes gastriques.

OBSERVATION IV

(Frantz Schmitz, Rötgen, 1930.)

Il s'agit d'une femme de 47 ans ayant déjà consulté deux ans plus tôt pour des troubles gastriques constitués par des sensations de plénitude après les repas.

Peu de temps après le début des troubles gastriques, survint une forte hématomèse.

A la suite de cet accident, la malade resta fatiguée, pâle, anémique, et conservait encore comme une sensation de plénitude dans l'estomac, sans autre trouble.

Au bout d'un an, bien que rétablie, elle consulta et fut radiographiée ailleurs que chez nous.

A ce moment on constata, lors du remplissage de l'estomac, à la partie supérieure, une clarté qui fut prise pour une « bulle d'air ».

Plus tard, apparurent des troubles ; en particulier, on constata des selles goudrons.

Elle vint chez nous pour un examen radiologique. En position couchée on vit au remplissage une image lacunaire de la partie supérieure de l'estomac.

En position debout on observa deux clartés séparées l'une de l'autre, de sorte que le diagnostic de « bulle d'air » fut éliminé.

C'est surtout par l'étude de la muqueuse et par des clichés de la région en question, par compression progressive que l'on obtint des modifications très nettes et expressives :

Ces manœuvres firent apparaître deux tumeurs tout à fait arrondies qui semblaient partir d'une zone située au milieu du corps de l'estomac, les contours n'étaient pas festonnés et sous la clarté couraient des plis parallèles de muqueuse.

Ceci parlait en faveur de tumeurs pédiculées situées sur une muqueuse gastrique indemne.

L'immobilité nous sembla en rapport avec leur volume relatif, nous n'eûmes pas la preuve de leur pédiculisation. Déjà, à ce moment, nous posâmes le diagnostic de tumeur bénigne.

Ce premier examen avait été fait en octobre 1927. Un

deuxième examen, pratiqué le 8 décembre 1927, montra exactement le même état et la malade ne se fit pas opérer, car il ne s'était rien produit et qu'elle ne ressentait aucun trouble.

Elle fut examinée plusieurs fois par nous et mise en observation par intermittence jusqu'en avril 1929. Naturellement, cette longue conservation d'un bon état général confirma le diagnostic de tumeur bénigne.

En avril 1929, survint une forte hématomèse. L'image de la muqueuse était plus nette. Nous pensions pouvoir affirmer la coexistence d'une gastrite et d'un polype de l'estomac. La malade fut opérée. On énucléa deux myomes sous-muqueux. La muqueuse gastrique ne fut pas examinée car son exérèse ne paraissait pas nécessaire. Les hémorragies s'expliquaient par des ulcérations de la tumeur.

A la suite de l'intervention la malade ne présenta plus aucun trouble. Elle fut revue pour contrôle radiologique en octobre 1929 et en avril 1930.

On voit sur les clichés, qu'à l'endroit où existait la tumeur, la muqueuse n'a pas repris une régularité absolue des plis.

A la limite de la grande tubérosité apparaissent quelques plis de direction oblique dus à la formation de cicatrices par excision du myome.

CONCLUSION

Les tumeurs bénignes de l'estomac sont des tumeurs rares.

Elles ressortissent à de nombreuses variétés histologiques souvent difficiles à classer.

La clinique ne peut guère compter que sur un seul signe pour établir leur nature bénigne : la longueur de l'évolution.

C'est à la radiologie que revient, dans la grande majorité des cas, le mérite d'établir un diagnostic ferme sur des signes caractéristiques. Le groupement de quelques-uns de ces signes acquiert même une valeur pathognomonique.

Enfin au point de vue thérapeutique l'exérèse économique de la tumeur permet d'escompter à coup sûr une guérison radicale.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu : le Président de la thèse,
P. DUVAL.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Virchow.* — Die Krank. Geschwulste, 1865, t. III, p. 130.
- Gzerny.* — Wien Med. Wochschrft, 1884, n° 39.
- Malvoz.* — Annales de la Société de Chirurgie de Liège, 1890, n°s 8 et 9.
- Tilger.* — Virchow Archiv., 1893, p. 183.
- Kosinski.* — Medicina, 1895, n° 19.
- Hartley.* — Annals of Surgery, 1896, p. 609.
- Von Eiselberg.* — Arch. f. Kl. Chirurg, 1897, p. 599.
- Baldy.* — Journal of the American Association, 1898, p. 294.
- Robert.* — Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris, 1898, p. 294.
- Cantwell.* — Anna of Surg., 1899, n° 20, p. 609.
- Capello.* — Zentrabl f. ch. 1899, n° 20, p. 609.
- Ehrendofer.* — Wissenschaft. Aertz. Geslllschaft, 1899, n° 48.
- Von Kacker.* — Wissenschaft. Aertz, 1900, n° 6, p. 145.
- Bourmann.* — Mitteil. aus. d ; gR, d. Med. v. Chir., 1900, t. VI, p. 529.
- Hermann.* — Trans. Obstetr. Soc., 1902, vol. XLIII.
- Dobromyslow.* — Russ. chir. Arch., 1902.
- Bird.* — Intercol. med. journ., janv. 1903.
- Bret.* — Arch. Gén. de Méd., 1903.

Gouilloud. — Congrès français de chirurgie, Paris, 1903, p. 131.

Léo. — Niederrhein Ges. zu Bonn, 19 déc. 1903.

Alessandri. — Mitteil. a. d. Grenz. d. Med. V. chir., 1903, p. 455.

Moser. — Deutsche Med. Wochenschr., 1903, n^{os} 8 et 9.

Monprofit. — Rapp. Soc. int. de Chirurgie, Bruxelles, 1905.

Mac Cormick et Welsh. — Scot. med. and Sug. journal, 1906, p. 229.

Yates. — Annals of Surg., 1906, vol. II, p. 605.

Michel (Th.). — Polyadénome gastrique, Montpellier, 1907.

Tédenat. — In thèse Bertrand, Montpellier, 1908.

Bazy. — Soc. de Chir., 18 mars 1908. In thèse Burgrand.

Gronsdoff. — Chirurgica, t. XXV, 1909.

Dickinson. — Journ. of the Ame. med. Asso, 1909, n^o 2, p. 117.

Souques et Chené. — Bulletin et Mémoire de la Société anatomique de Paris, 1909,, vol. 2, p. 303.

Mayland et Anderson. — Ann. of. Surg., 1910, t. LII, p. 506.

Leriche. — Lyon chirurgical, 1911, t. VI, p. 70.

Lecène. — Bulletin et Mémoire de la Société de Chirurgie, 1911, p. 1.

Fricker. — Arch. f. Verdaungs-Krankheit, 1912, p. 519.

Gosset. — Presse médicale, 16 mars 1912.

Lowit. — Weiner K. Wochengchr, 1912, n^o 45, 7 nov.

Kondring. — Arch. gen. de Chir., 1913, p. 741.

Outland et Clendeling. — Ann. of. Surg, 1913, p. 812.

Myer. — J. A. M. Ass., 1913, p. 1960.

- Ettinger et Marie.* — Arch. mal. dig., 1917, t. XVIII.
- Walther.* — Soc. de Chir. de Paris, juin 1914.
- Scherrill.* — Surg. Gynec. and obst., 1915, t. XX, p. 443.
- Tzarewski.* — Thèse, Toulouse, 1915, Tumeurs pileuses.
- Champy et Barty.* — Soc. anat. de Paris, juin 1914.
- Madina et Agana.* — Rev. Assoc. med. Argent., 1917, p. 399.
- Marcus (J.-M.).* — Am. Journ. of Surg., 1917, n° 4, p. 342.
- Baylac et Dieulafé.* — Bullet. Soc. Chir., Paris, 1918, p. 1027.
- Holdmès.* — Amer. Journ. of Roentg., mai 1919.
- Haggard.* — Surg. Gynec. obst., 1920, n° 5, p. 506.
- Bertrand.* — Processus de désintégration nerveux, Paris 1920 (Masson).
- Balfour (D. C.) et Henderson (E. F.).* — South. Surg. Assoc., 14 déc. 1920.
- Fournier (Th.).* — Pseudo tumeur gastrique, Bordeaux, 1920.
- Emil Novah.* — Journ. Medan. 1920.
- Mayo.* — Surg. Gynec. ost., 1920, p. 510.
- Konjetzny.* — Dent. Zeitschr. für chir., f. I, 1921.
- Auschutz.* — Deutsche Chirurgie, t. XLI, Stuttgart, 1921.
- Cullen (T. H.).* — Archef. Surgery, 1921.
- Eustermarn (G. B) et Senty Eler (G.).* — Surg. et Obst., 1922, t. XXXIV.
- Dessecker (C.).* — Arch. f. Klin. Chirurg., t. CXIX, 1922, p. 695.
- Brin.* — Angers (Soc. de Chir.), 1^{er} févr. 1922.
- Piett.* — Zentralorgan f. Chir., 1922, n° 15.
- Picquet (de Sens).* — Rapport de Mathieu (Soc. Chir. de Paris, 19 mai 1922).

Verger et Massias. — Journ. méd. de Bordeaux, 25 nov. 1922.

De Massary et Walzer. — Soc. méd. des Hôp. de Paris, 23 févr. 1923.

Masson. — Diagnostic de laboratoire (Masson, 1923).

Brun et Denéchan. — Dull de la Soc. de Chirurg. de Paris, t. XLVIII.

Cunéo. — Bulletin de la Soc. de Chirurg. de Paris, 1923, n° 27.

Erkes. — Zentr. bl. f. Chir., 1923, p. 256.

Weber. — Zentr. bl. f. Chir., 1923, p. 1560.

Gosset. — Soc. de Chir. de Paris, 4 juillet 1923.

Souligoux. — Soc. de Chir. de Paris, 4 juillet 1923.

Lhermitte (J.) et Leroux (R.). — Etude histologique des gliomes viscéraux (Soc. de Neurologie, 22 mars 1923, Revue neurologique, mars 1923, p. 8).

Bernier. — Thèse Paris, 1922.

Schinder. — Traité et Atlas de GastroscoPie, Munich, 1923.

Gosset, Loewy et Bertrand. — Soc. de Chirurg., 30 octobre 1923, p. 1182.

Berger. — Soc. de Chir. de Paris, n° 7, p. 259.

Gosset, Bertrand et Loewy. — Journ. de Chir., juin 1924, p. 557.

Kleiber. — Zentr. bl. f. Chir., 1924, p. 1342.

Calverley (J. E. G.) (Folkestone). — Journ. de Chir., 1924, p. 211.

Demel (R.). — Journ. de Chir., 1924, p. 3429.

Lecène. — Paris Médical, 1925.

Munch. — Mitt. a. d. Grenzgeb d. Med. u. Chir., 1925, p. 538.

Gosset, Bertrand et Charrier. — Presse Médicale, 6 juin 1925.

Vlams (H.). — Journal de Chir., 1925, p. 210.

Ariz. — Soc. Radiol. Hollandaise, 8 nov. 1925.

Ættinger, Duval (P.) et Moutier. — Arch. des Mal. de l'app. dig., 1925.

Gosset et Bertrand. — Travaux de la Clin. Chirur. de la Sal., t. I, p. 93, 1926.

Vallebona. — 6^e Réun. Radiol., janvier 1926.

Hartmann et Tarjan. — Travaux de Chir., 6^e série, p. 304.

Meyer (K. A.) et Brown (W. A.). — Journ. de Chir., 1926, p. 208.

Troell. — Acta Radiol., 1926, t. VII, p. 568.

Wiener. — Klin. Wochensch, 6 mai 1926.

Berg. — Acta Radiol., 1926, vol. VI, p. 179.

D'Almeida (P.). — Sens. de chir., 1926-1927, p. 45.

Eliason (E.-L.) et Murray Wright (W.). — Journ. de Chir. 1926, p. 318.

Higgins (Ch.). — Journ. de Chir., 1926, p. 482.

Pauchet, Mornard, Hirschberg. — Bull. Ass. Franc. cancer, n^o 15, 1926.

Pendl (Prague). — Journ. de Chir., 1927, p. 702.

Duval (P.), Roux et Beclère. — Arch. des mal. App. dig., 1928, p. 241.

Balfour et Anderson. — Annal of Surg., 1927, p. 354.

Okkels Hughes. — Schrift for leger n^o 89, p. 185, 1927.

Moore. — Journ. A. M. Ass., 30 juil. 1927.

Lamas (M.). — Journ. de Chir. 1928, p. 94.

Erdelyi. — Forsch. A. d. geb. d. Roentg., 1928, n^o 2, p. 172.

- Schinz (H. R.).* — Lehrbuch der Roentg. diagn. 1928, p. 922.
- Woolsey.* — Journ. de Chir., 1928, p. 92.
- Abadie et Argaud.* — Bull. de l'Ass. franç. d'étude cancer, fév. 1928, p. 104.
- Chaoul.* — Klin Roentg. diagn., 1928, p. 227.
- Marko (D.).* — Magy Roentz. Közl, 1928.
- Gosset (A.) et Petit-Dutaillis.* — Précis de Pathologie chir., 1928, t. IV, p. 434.
- Ledoux-Lebard et Calderon.* — Bull. de la Soc. de Radio, mars 1928.
- Lardennois.* — Bull. et Mém. Soc. Chir. de Paris, 7 avril 1928.
- Strauss, Meyer, Bloom.* — Amer. Journ. Med., nov. 1928.
- Bécart et Gaehlinger.* — Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Paris, 1929, n°7, p. 185.
- Gutzeit.* — Tumeurs bénignes estomac (Arch. Klin. med., 199).
- Fleischner.* — Tumeurs rares estomac, 7 sept. 1926 (Fortschr. Rönt, p. 1075).
- Gutmann et Thaleiner.* — Arch. des Mal. de l'app. dig., Paris, fév. 1929.
- Barragué (P.-B.).* — Thèse de Paris, 1929.
- Albrecht (H.-U.).* — Roentgenpraxis, 15 mai 1929, p. 241.
- Beutel.* — Polypes gastriques, Roentgen., 1929.
- White (R.-B.) et Judd (S.).* — Amer. Journ. Surg., mai 1929.
- Penderglass (E. P.).* — Journ. ass. Med., 1^{er} février 1930.
- Rigler (L.-G.).* — Arc. Analyse, 1930.
- Meyer (H.) et Borstel.* — Roentgenpraxis, 1^{er} juil. 1931.
- Schmitz Franz.* — Roentg., 15 décembre 1930 ; An. Jour. Rad., octobre 1931.

- Grier-Miller (T.)*. — Arch. Int. Med., nov. 1931.
Matopp (W.). — Roentg., novembre 1931.
Lockwood (B. C.). — Journ. amer. Med., mars 1932.
Haring. — Fortschra. d. Geb. Roentg., mai 1932, pp. 521-532.
Jaeger. — Arch. f. Klin Chir. t. CLXXI, n° 2, 15 juil. 1932.
Gutschmidt. — Arch. f. Klin. Chir., n° 4, sept. 1932.
Brodin (P.), *Lardennois (G.)* et *M^{me} Tédesco*. — Arch. mal. app. dig., t. XXIII, n° 7, juillet 1933.
-

